AUS DER KÖNIGL. UNIVERSITÄTS-POLIKLINIK FÜR NASEN- UND KEHLKOPFKRANKE IN WÜRZBURG (VORSTAND: PROF. SEIFERT).

RHINITIS HYPERPLASTICA OEDEMATOSA (SEIFERT).

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

VORGELEGT VON

WALTHER SCHÖNFELD
AUS GERSFELD.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

WÜRZBURG.
CURT KABITZSCH.
1912

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der
Kgl. Universität Würzburg.

Referent: Herr **Prof. Dr. Seifert.**

MEINEN ELTERN

IN DANKBARKEIT GEWIDMET.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549811_0134

Aus der Kgl. Universitäts-Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg. (Vorstand: Prof. O. Seifert).

Rhinitis hyperplastica oedematosa (Seifert).

Von

Walther Schönfeld, Gersfeld.

Die klinischen Kennzeichen der gewöhnlichen Rhinitis hyperplastica sind etwa folgende: Die Rhinitis hyperplastica äussert sich als diffuse Rötung und samtartige Schwellung der Nasenschleimhaut. Sie geht mit wechselnder Verstopfung einer oder beider Nasenhöhlen einher, häufiger findet man eine reichliche Sekretion, als eine auffällige Trockenheit, überhaupt stehen diese Sekretionsstörungen im Vordergrunde des Krankheitsbildes. Die Rhinitis hyperplastica kann begleitet sein von einer Reihe nervöser Erscheinungen, wie von Kopfschmerz, Niesanfällen, Hustenreiz, eventuell auch von Asthma.

Durch Applikation von Kokain gelingt es, die Hyperplasie auf einige Zeit, wenn auch in verschiedenem Maasse, zum Rückgang zu bringen. Diese Wirkung des Kokains ist auf die Gefässkontraktion zurückzuführen, ebenso wie die Verminderung der Sekretion, die sich nach Applikation von Kokain bemerkbar macht.

Bei dem anatomischen Bilde der Rhinitis hyperplastica unterscheidet man nach Seifert und Kahn[1]) zwei Stadien des Krankheitsprozesses.

Im ersten Stadium handelt es sich im wesentlichen um eine zellige Infiltration der Tunica propria, an welcher sich ähnlich, wie bei der akuten Entzündung, die eosinophilen Zellen in hohem Maasse beteiligen. Das Epithel erfährt in verschiedener Weise Verände-

[1]) Seifert und Kahn: Atlas der Histologie der Nase, der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Tafel IV. J. F. Bergmann. Wiesbaden 1895.

rungen. Flimmerepithelien sind nur an jenen Stellen erhalten geblieben, die durch Einsenkungen geschützt sind; an anderen Stellen haben die oberflächlichen Epithellagen eine Veränderung dahin erfahren, dass sie in kubische oder flache plattenförmige Zellen umgewandelt sind. Die tiefsten Zellschichten haben ihre Form behalten. Die Zahl der Zellschichten ist an verschiedenen Stellen nicht unbeträchtlich vermehrt. Ausserdem macht sich eine reichliche Rundzelleninfiltration bemerkbar.

In der subepithelialen Schicht findet man ebenfalls eine erhebliche Infiltration, die um die Drüsen, speziell um die der Peripherie nahe gelegenen, sehr stark ausgesprochen ist. Die Drüsenazini haben teilweise eine Erweiterung erfahren. Ähnliches macht sich an den Gefässen, ebenfalls wieder stärker an den mehr peripher gelegenen, und zwar sowohl an den arteriellen, wie an den venösen, in auffälliger Weise bemerkbar. Eine erhebliche Verdickung der Gefässwand scheint zu fehlen, die kavernösen Räume in der Tiefe sind sehr stark erweitert.

Im zweiten Stadium tritt die Bindegewebsvermehrung entschieden in den Vordergrund, wenngleich die zellige Infiltration gegenüber anderweitigen Degenerationsprozessen (Rhinitis atrophica foetida) immer noch erheblich ist.

Das Epithel weist, wie im ersten Stadium, weitgehende Veränderungen auf. Der Flimmerüberzug ist auch hier zu grunde gegangen. An vielen Stellen ist die Zahl der Zellschichten noch viel mächtiger als im ersten Stadium, ebenso ist die Metaplasie der Epithelzellen noch ausgesprochen, die zellige Infiltration dagegen ist mässig. In der Tunica propria erscheint sie diffus verbreitet und nur um die Gefässe etwas stärker ausgesprochen. Die Drüsen sind an Zahl zurückgegangen, nur in der Tiefe finden sich noch Reste, die Bindegewebsfibrillen erscheinen zahlreicher und derber als im ersten Stadium. Das Ausbleiben von Schrumpfungsprozessen erklärt sich aus der Fortdauer der entzündlichen Infiltration.

Von dieser Form der Rhinitis hyperplastica weicht in klinischer, wie in anatomischer Hinsicht das eigenartige Krankheitsbild jener Form wesentlich ab, die von Seifert[1]) auf Grund dreier Fälle, die ihm das Material zur klinischen und anatomischen Untersuchung geliefert hatten, als Rhinitis hyperplastica oedematosa bezeichnet wurde.

Bis dahin finden sich in der ganzen Literatur nur zwei Notizen über eine Rhinitis oedematosa (aber nicht über eine Rhinitis hyper-

[1]) Seifert: Zehnte Versammlung süddeutscher Laryngologen in Heidelberg am 2. und 3. Juni 1903. S. 672—678.

plastica oedematosa). Gleichwohl sind sie hier anzuführen, da sie einiges mit der Rhinitis hyperplastica oedematosa gemeinsam haben.

Die erste Notiz findet sich bei Mulhall[1]), der über Rhinitis oedematosa berichtete. Dabei handle es sich um eine seröse Infiltration des die unteren und mittleren Muscheln überziehenden Bindegewebes. Dieselbe ist — wie es in dem Bericht heisst — intermittierenden Charakters und kann allgemein oder lokalisiert sein. In einem Fall sah die Affektion einer Zyste ähnlich, es bestand dabei ein intensiver Schmerz in der Nase, Tränen und Ausfluss von dünnem Serum. Die Schwellung behinderte die Nasenatmung, sie schien wandernden Charakters zu sein. Das Leiden soll akut und chronisch vorkommen. Stichelt man mit dem Messer, so fliesst Serum langsam aus. Kokain hat wenig oder gar keinen Einfluss auf das Volumen der Anschwellung. Diese Affektion kann mit Bronchialasthma zusammen vorkommen, in der Mehrzahl der Fälle fehlt das Asthma. Das Leiden ist sicher eine Neurose, steht aber doch den anderen Krankheitszuständen, die man durch äussere Reize, wie durch Kälte erzeugen kann, fern. In den meisten Fällen zeigte sich anatomisch eine Störung seitens der Leber und ein biliärer Ursprung der Krankheit schien dem Autor nicht unwahrscheinlich. Was die Behandlung anlangt, so hielt er Sprays für kondraindiziert. Skarifikationen konnten nützlich sein. Die Hauptsorge aber muss der Besserung des Zustandes des Ernährungstraktus zugewendet werden.

Ob Mulhall, als er diese Rhinitis oedematosa beschrieb, bei seinen Fällen histologische Untersuchungen angestellt hat, ist aus dem Referate nicht zu ersehen.

Die zweite, eine Rhinitis oedematosa betreffende Notiz findet sich in einer Anmerkung von Klemperer[2]) (Strassburg). „Die Bezeichnung Rhinitis oedematosa findet sich nur ganz vereinzelt. Der Name weist auf eine ödematöse Durchtränkung der Nasenschleimhaut hin, die seltener entzündlichen Ursprunges, öfters durch angioneurotische Vorgänge bedingt ist."

Auf Grund der seinerzeit von Seifert[3]) gemachten Mitteilungen und der seit der Errichtung der Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke in Würzburg vom 1. XII. 1905 bis 31. XII. 1911 gemachten Beobachtungen, und der im folgenden mitzuteilenden Fälle vermag sehr wohl ein abgerundetes Bild der Rhinitis hyperplastica oedematosa gegeben werden.

[1]) Internationales Zentralblatt für Laryngologie. Bd. XI, S. 257.
[2]) Klemperer: Heymanns Handbuch. III. Bd. S. 379. Wien 1900.
[3]) Seifert, l. c.

1. W., Georg, 38jähriger Diener. Datum der Aufnahme: 2. XII. 05.

Anamnese: Patient ist heiser seit mehreren Monaten, hat nicht genügend Luft durch die Nase. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig, Stimme stark heiser. Nase für Luft fast völlig undurchgängig.

Nase: Beide unteren Muscheln blass, ödematös durchscheinend, die unteren Nasengänge ausfüllend. Seröse Sekretion. Auf Kokain nur geringe Abnahme der Anschwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Entfernung der linksseitigen Hyperplasie der unteren Muschel mit der Schlinge. Starke Blutung. Tamponade.

20. XII. 05. Rechte untere Muschel mit der Schlinge verkleinert. Starke Blutung. Tamponade.

15. I. 06. Patient hat sehr gut Luft durch die Nase, geheilt entlassen mit dem Verbot des Schnupfens.

2. G., Michael, 43 Jahre, Ökonom. Datum der Aufnahme: 15. I. 08.

Anamnese: Stark behinderte Nasenatmung. Starker Schnupfer.

Status: Klein, mässig kräftig, gesund aussehend.

Nase: Schleimhaut der beiden unteren Muscheln blass durchscheinend, verdickt, sich derb anfühlend. Oberfläche leicht uneben, wie körnig, dünne seröse Sekretion. Die Muscheln liegen dem Septum und Boden der Nasenhöhle dicht an, so dass die unteren Nasengänge vollkommen ausgefüllt sind. Die Anschwellung geht auf Kokain nicht zurück.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Abtragung der Verdickung rechts mit der Schlinge. Starke Blutung. Tamponade.

24. I. 08. Abtragung der linksseitigen Hyperplasie mit der Schlinge. Starke Blutung. Tamponade.

5. II. 08. Pat. hat sehr gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

3. Sch., Georg, 36 J., Zimmermann. Datum der Aufnahme: 27. I. 08.

Anamnese: Behinderte Nasenatmung. Starker Schnupfer.

Status: Mittelgross, kräftig, gesund aussehend.

Nase: Linker unterer Nasengang ziemlich frei, am Septum findet sich eine stark vorspringende Leiste. Rechter unterer Nasengang ist durch die hypertrophische untere Muschel vollständig verschlossen, die Muschel selbst erscheint blass durchscheinend, an der Oberfläche leicht uneben. Dünne seröse Sekretion. Auf Kokain kein Rückgang der Anschwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Abtragung der Hyperplasie rechts mit der Schlinge. Starke Blutung. Tamponade.

10. II. 08. Patient hat gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbot, Schnupftabak weiter zu gebrauchen.

4. Schm., Nikolaus, 18 Jahre, Gärtner. Datum der Aufnahme: 21. II. 08.

Anamnese: Patient hat seit etwa $1^1/_2$ Jahren Beschwerden beim Atmen durch die Nase. Starker Schnupfer.

Status: Gross, schlank, gesund aussehend.

Nase: Linker unterer Nasengang zeigt starke Septumleiste. Rechte untere Muschel ist stark hypertrophisch, ganz blass durchscheinend, an der Oberfläche wie gekörnt aussehend. Dünne seröse Sekretion. Kokain hat gar keine Einwirkung auf das Volumen der Verdickung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Entfernung der hyperplastischen Muschel mittelst Schlinge.

3. III. 08. Leiste am Septum mit Moure schem Messer entfernt.

15. III. 08. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

5. G., Georg, 45 Jahre, Maurer. Datum der Aufnahme: 13. III. 08.

Anamnese: Behinderte Nasenatmung. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig, gesund aussehend.

Nase: Beide unteren Muscheln blass durchscheinend, stark vergrössert, den unteren Nasengang fast ganz ausfüllend. Auf Kokain nur geringer Rückgang der Anschwellung. Choanen frei. Hintere Muschelenden nicht vergrössert. Dünne seröse Sekretion aus der Nase.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Abtragung der Verdickung der rechten unteren Muschel mit der Schlinge. Starke Blutung. Tamponade.

20. III. 08. Abtragung der linken unteren Muschel mit der Schlinge. Starke Blutung. Tamponade.

27. III. 08. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

6. S., Johann, 47 Jahre, Tagelöhner. Datum der Aufnahme: 9. XI. 08.

Anamnese: Ist wegen Ischias in Behandlung in der medizinischen Klinik, klagt über Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Rechts Leiste am Septum, aber die Nase wenig verengernd; die rechte untere Muschel durchscheinend, an der Oberfläche leicht uneben, hyperplastisch, den unteren Nasengang völlig verschliessend, links ebenso. Auf Kokain kein Rückgang der Anschwellung, reichliche seröse Sekretion aus der Nase.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa. Crista septi.

Therapie: Die rechte untere Muschel wird mit dem Moure schen Messer entfernt. Starke Blutung. Tamponade.

15. XI. 08. Linke untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert. Starke Blutung. Tamponade.

23. XI. 08. Patient hat gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

7. Br., Martin, 60 Jahre, Ziegeleiarbeiter. Datum der Aufnahme: 4. II. 1910.

Anamnese: Patient leidet seit längerer Zeit an Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Pat. gross, kräftig.

Nase: Blasse ödematöse Schwellung der beiden unteren Muscheln, welche die unteren Nasengänge verlegen. Dünne seröse Sekretion. Auf Kokain nur geringe Abschwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Rechte untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert. Starke Blutung. Tamponade.

10. II. 10. Linke untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert. Starke Blutung. Tamponade.

15. II. 10. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

8. F., Georg, 32 Jahre, Fabrikarbeiter. Datum der Aufnahme: 21. II. 10.

Anamnese: Seit einigen Jahren öfters vorübergehende Heiserkeit. Husten, Auswurf, Nachtschweisse. Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Schlechter Ernährungszustand.

Nase: Linke untere Muschel hochgradig verdickt, blass durchscheinend, an der Oberfläche leicht gekörnt. Reichliche seröse Sekretion. Auf Kokain geht die Anschwellung nur ganz wenig zurück. Rechte untere Muschel wenig vergrössert.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der linken unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

3. III. 10. Patient hat sehr gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

9. H., Fritz, 23 Jahre, Schreiner. Datum der Aufnahme: 21. II. 1910.

Anamnese: Seit 8 Tagen Heiserkeit, Kitzelgefühl im Halse; Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Ödematöse blasse Schwellung der unteren Muscheln beiderseits, reichliche seröse Sekretion. Oberfläche glatt. Auf Kokain kaum merkliche Verkleinerung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Linke untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert. Starke Blutung. Tamponade.

5. III. 10. Rechte untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert. Starke Blutung. Tamponade.

20. III. 10. Patient hat gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

10. Sch., Georg, 50 Jahre, Tagelöhner. Datum der Aufnahme: 1. IV. 10.

Anamnese: Seit längerer Zeit bekommt Patient keine Luft mehr durch die Nase, schläft mit offenem Munde, klagt über Trockenheit im Halse. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Beide unteren Muscheln stark hyperplastisch, den unteren Nasengang vollkommen ausfüllend, blass durchscheinend, an der Oberfläche leicht gekörnt. Dünne seröse Sekretion. Auf Kokain geht die Anschwellung gar nicht zurück.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der rechten unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

10. IV. 10. Resektion der linken unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

25. IV. 10. Patient hat gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

11. Sch., Adam, 40 Jahre, Kassadiener. Datum der Aufnahme: 11. VI. 10.

Anamnese: Patient bekommt keine Luft mehr durch die Nase, reichliche dünne seröse Sekretion. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Beiderseits grosse Leisten am Septum. Rechts Hyperplasie der unteren Muschel. Die Oberfläche der Hyperplasie ist leicht gekörnt, von eigentümlich blassem durchscheinendem Aussehen; reichliche dünne seröse Sekretion. Auf Kokaineinlage kein Zurückgehen der Schwellung.

Diagnose: Cristae septi; Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Abtragung der Leiste rechts, sowie Resektion der rechten unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Ziemlich starke Blutung. Tamponade.

20. VI. 1910. Patient hat ganz gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

12. F., Karl, 32 Jahre, Zigarrenmacher. Datum der Aufnahme: 21. X. 10.

Anamnese: Seit einigen Jahren leidet der Patient ständig an Schnupfen und Verstopfung der Nase, dabei Stechen im Kopf. Starker Schnupfer.

Status: Mittelgross, blass.

Nase: Die beiden unteren Muscheln sind ödematös hyperplastisch, auf Kokain kein Rückgang der Schwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der rechten unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

28. X. 10. Resektion der linken unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

10. XI. 10. Die Wunden sind geheilt. Patient hat gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

13. A., Michael, 14 Jahre, Bauerssohn. Datum der Aufnahme: 8. XI. 10.

Anamnese: Schnarcht nachts sehr, hat keine Luft durch die Nase; hört schlecht.

Status: Mittelgross, etwas blass.

Nase: Rechts auffällig gleichmässige Verdickung der unteren Muschel, blass gelatinös durchscheinend. Auf Kokain geht die Anschwellung ganz wenig zurück.

Nasenrachenraum: Vergrösserung der Rachentonsille.

Diagnose: Adenoide Vegetationen. Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Operation der adenoiden Vegetationen. Rechte untere Muschel reseziert mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

4. XII. 10. Patient hat sehr gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen.

14. F., Anton, 39 Jahre, Schreiner. Datum der Aufnahme: 19. XI. 10.

Anamnese: Verstopfung der Nase; seit mehr als 10 Jahren starker Schnupfer

Status: Mittelgross, kräftig.

Nase: Beiderseits die unteren Muscheln ödematös durchscheinend. Oberfläche gekörnt aussehend, dünne wässerige Sekretion. Auf Kokain nur geringer Rückgang der Anschwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der rechten unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

20. XI. 10. Resektion der linken unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

22. XI. 10. Patient hat gut Luft durch die Nase, geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

15. F., Peter, 35 Jahre, Schenkkellner. Datum der Aufnahme: 21. XI. 10.

Anamnese: Seit $^3/_4$ Jahren Heiserkeit, Verstopfung der Nase, starker Schnupfer.

Status: Gross, blass, Stimme stark heiser.

Nase: Untere Muscheln verdickt, Schleimhaut blass durchscheinend, höckerig an der Oberfläche.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Behandlung der Nase verweigert.

16. St., Adam, 39 Jahre, Zimmermann. Datum der Aufnahme: 22. XI. 10.

Anamnese: Seit längerer Zeit Nase verstopft. Starker Schnupfer.

Status: Kräftig, mittelgross.

Nase: Untere Muscheln stark hyperplastisch, die unteren Nasengänge verschliessend. Schleimhaut blass durchscheinend, an der Oberfläche leicht gekörnt. Dünne seröse Sekretion. Auf Kokain kein Rückgang der Anschwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Die Behandlung der Nase wird verweigert.

17. St., Bartholomäus, 35 Jahre, Arbeiter. Datum der Aufnahme: 26. XI. 10.

Anamnese: Wechselnde Heiserkeit, seit etwa 2 Jahren viel Husten, Druck im Hals. Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Gross, heisere Stimme.

Nase: Untere Muscheln stark hyperplastisch, blass durchscheinend, Oberfläche leicht gekörnt, dünne seröse Sekretion. Auf Kokain keine Verkleinerung des Volumens der unteren Muscheln.

Larynx: Linkes Stimmband verdickt. Infiltration an der Vorderfläche der hinteren Larynxwand.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa. Tuberculosis laryngis.

Therapie: 28. XI. 10. Rechte untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert, mässige Blutung. Tamponade.

5. XII. 10. Linke untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert. Starke Blutung. Tamponade.

1. II. 11. Nase vollkommen für Luft durchgängig.

18. W., Georg, 28 Jahre, Tünchner. Datum der Aufnahme: 26. XI. 10.

Anamnese: Beim Essen kommt dem Patienten die Flüssigkeit wieder zur Nase heraus. Vor vier Wochen Halsentzündung. Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Mittlerer Ernährungszustand, näselnde Sprache.

Nase: Schleimhaut über den ödematösen Muscheln durchscheinend blass, an der Oberfläche gekörnt, dünne seröse Sekretion. Die Anschwellung geht auf Kokain nur wenig zurück.

Mund und Mundrachenhöhle: Lähmung der Schlundmuskulatur und des weichen Gaumens.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa. Diphterische (?) Lähmung des Gaumens und der Schlundmuskulatur.

Therapie: Operation vorgeschlagen. Faradisation.

19. Z., Adam, 40 Jahre, Arbeiter. Datum der Aufnahme: 9. I. 11.

Anamnese: Verstopfung der Nase, besonders morgens. Trockenheit im Halse. Mässiger Schnupfer.

Status: Mittlerer Ernährungszustand.

Nase: Untere Muscheln beiderseits ganz blass, weisslich durchscheinend, Oberfläche etwas gekörnt, seröse Sekretion. Auf Kokain keine Abschwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der linken unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Mässige Blutung, Tamponade.

12. I. 11. Resektion der rechten unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung, Tamponade.

14. I. 11. Patient hat gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

20. B., Michael, 50 Jahre, Schuhmacher.

Anamnese: Kratzen im Halse, Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Untere Muscheln hyperplastisch, durchscheinend, fast rein weiss, dünne seröse Sekretion.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Patient lehnt einen Eingriff in der Nase ab.

21. F., Lorenz, 45 Jahre, Brauer. Datum der Aufnahme: 27. III. 11.

Anamnese: Beschwerden beim Atmen, Gefühl von Verstopfung der Nase. Schnarcht nachts. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Untere Muscheln hyperplastisch, blass durchscheinend, an der Oberfläche gekörnt. Dünne seröse Sekretion. Kokain hat keinen Einfluss auf das Volumen der unteren Muscheln.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Linke untere Muschel mit dem Moure schen Messer reseziert. Mässige Blutung, Tamponade.

10. IV. 11. Resektion der rechten unteren Muschel mit Moure schem Messer. Mässige Blutung, Tamponade.

20. IV. 11. Geheilt entlassen mit dem Verbot des Schnupfens.

22. Sch., Michael, 69 Jahre, Büttner. Datum der Aufnahme: 27. III. 11.

Anamnese: Gefühl von Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.

Status: Schwächlicher Habitus.

Nase: Beiderseits starke blass durchscheinende Anschwellung der unteren Muschel, dünne seröse Sekretion. Kokain übt keinen Einfluss auf das Volumen der Muscheln aus.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der linken unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Mässige Blutung. Tamponade.

29 III. 11. Resektion der rechten unteren Muschel mit dem Moure schen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

10 IV. 11. Patient hat gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

23. F., Andreas, 53 Jahre, Fabrikarbeiter. Datum der Aufnahme: 2. VIII. 11.

Anamnese: Patient bekommt seit längerer Zeit keine Luft mehr durch die Nase. Starker Schnupfer.

Status: Mittelgross, ziemlich kräftig.

Nase: Untere Muscheln stark hyperplastisch, liegen dem Septum und dem Boden der Nasenhöhle dicht an, blass durchscheinend, auf Kokain sich nicht verkleinernd. Dünne seröse Sekretion.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der rechten unteren Muschel mit dem Moureschen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

10. VIII. 11. Resektion der linken unteren Muschel. Starke Blutung. Tamponade.

25. VIII. 11. Patient hat sehr gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

24. R., Bernhard, 43 Jahre, Tabaksarbeiter. Datum der Aufnahme: 21. VIII. 11.

Anamnese: Blepharitis, Konjunktivitis beiderseits, von der Nase aus keine besonderen Beschwerden. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Untere Muscheln sind stark hyperplastisch, dem Septum und Boden der Nasenhöhle dicht anliegend, blass durchscheinend. Dünne seröse Sekretion. Auf Kokain reagiert das Volumen der Muscheln nicht.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Patient will sich einer Operation nicht unterziehen.

25. R., Georg, 76 Jahre, Bauer. Datum der Aufnahme: 11. XI. 11.

Anamnese: Patient hat nicht genügend Luft durch die Nase. Mässiger Schnupfer seit vielen Jahren.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Untere Muscheln beiderseits hyperplastisch, blass durchscheinend, uneben an der Oberfläche. Auf Kokain etwas Rückgang der Schwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Resektion der linken unteren Muschel mit dem Moureschen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

17. XI. 11. Rechte untere Muschel reseziert mit dem Moureschen Messer. Starke Blutung. Tamponade.

24. XI. 11. Patient bekommt gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit dem Verbote des Schnupfens.

26. B., Karl, 28 Jahre, Büchsenmacher. Datum der Aufnahme: 13. IX. 11.

Anamnese: Patient bekommt keine Luft durch die Nase. Starker Schnupfer.

Status: Gross, kräftig.

Nase: Untere Muscheln stark hyperplastisch, die unteren Nasengänge ausfüllend, blass durchscheinend. Dünne seröse Sekretion. Auf Kokain kein Rückgang der Anschwellung.

Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa.

Therapie: Rechte untere Muschel reseziert. Starke Blutung. Tamponade.
17. IX. 11. Linke untere Muschel reseziert. Mässige Blutung. Tamponade.
28. IX. 11. Geheilt entlassen. Hat gut Luft durch die Nase. Schnupfen verboten.

27. H., Karl, 25 Jahre, Schmied. Datum der Aufnahme: 22. XI. 11.
Anamnese: Früher schon an Nasenpolypen (?) operiert, seit einigen Monaten Verstopfung der Nase. Starker Schnupfer.
Status: Mittelgross, kräftig.
Nase: Septum nach rechts ausgebogen. Untere Muschel rechts blass durchscheinend, linke Muschel stärker hyperplastisch als die rechte. Reichliche dünne seröse Sekretion. Auf Kokain kein Rückgang des Volumens der Muscheln.
Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa. Deviatio septi.
Therapie: Linke untere Muschel reseziert. Starke Blutung. Tamponade.
25. XI. 11. Resektion der rechten unteren Muschel und des Vorsprungs des Septums. Starke Blutung. Tamponade.

28. G., Friedrich, Müller, 44 Jahre. Datum der Aufnahme: 2. XII. 11.
Anamnese: Aus der medizinischen Klinik geschickt, Neurasthenia permagna. Spricht durch die Nase, Tremor, starker Schnupfer.
Status: Mittelgross, blasse Gesichtsfarbe.
Nase: Links Leiste, die untere Hälfte der Nase ausfüllend; rechte untere Muschel stark hyperplastisch, den unteren Nasengang vollkommen ausfüllend. Oberfläche scheint blass durch. Auf Kokain keine Volumenabnahme.
Diagnose: Crista septi sinistra; rechts Rhinitis hyperplastica oedematosa.
Therapie: Operation vorgeschlagen.
18. XII. 11. Patient nicht zur Operation erschienen.

29. R., Eugenie, 57 Jahre, Tünchnersfrau. Datum der Aufnahme: 9. XII. 11.
Anamnese: Patientin bekommt durch die Nase keine Luft und klagt über Verstopfung in der Nase und Schmerzen in der Stirnhöhlengegend, hauptsächlich auf der linken Seite. Auf eingehendes Befragen gibt Patientin zu, seit längerer Zeit gemeinsam mit ihrem Manne geschnupft zu haben.
Status: Gross, kräftig.
Nase: Rechte untere Muschel hyperplastisch, den unteren Nasengang fast vollkommen ausfüllend, dem Septum anliegend. Auf Kokain keine Volumenabnahme der Muschel. Seröse Sekretion. Links verengt eine Leiste am Septum den unteren Nasengang.
Diagnose: Rhinitis hyperplastica oedematosa; Crista septi sinistra.
Therapie: Rechts Wegnahme der hyperplastischen Muschel mit dem Moureschen Messer. Starke Blutung. Tamponade.
18. XII. 11. Patientin hat sehr gut Luft durch die Nase. Geheilt entlassen mit der Weisung, nicht mehr zu schnupfen.

Das klinische Bild der Rhinitis hyperplastica oedematosa gestaltet sich nun nach den von Seifert gemachten Mitteilungen und auf Grundlage dieser neuen 29 Fälle folgendermassen.

Die Patienten klagen über ein ständiges Gefühl der Nasenverstopfung, das nicht etwa intermittiert oder gar wechselt, ferner

über die durch die Mundatmung bedingten Beschwerden, unter denen die Trockenheit im Halse obenan steht, wenn sich auch nicht in allen Krankengeschichten diesbezügliche Bemerkungen angegeben finden, um die Krankengeschichte nicht unnötig lang auszudehnen. Dass viele solcher Patienten weniger wegen der Verstopfung der Nase, als wegen Rachen- oder Kehlkopferkrankungen ärztliche Hilfe suchen, darf nicht verwundern. Neben der Nasenverstopfung und der durch die Mundatmung bedingten Beschwerden ist ferner bei der Rhinitis hyperplastica oedematosa eine mehr oder minder reichliche Absonderung dünnflüssigen, wässerigen Sekretes nachweisbar. Dass derartige Sekretionsanomalien zu Ekzemen an den Naseneingängen, zu Sycosis narium und der Oberlippe, zu Furunkelbildung an den Naseneingängen führen können, braucht wohl nicht weiter ausgeführt zu werden. Mit diesen Erscheinungen sind dann in manchen Fällen auch nervöse Beschwerden verbunden, wie Kopfschmerz, Kopfdruck, während nach den bisherigen Beobachtungen Asthma nicht in Verbindung mit dieser Form der hyperplastischen Rhinitis steht.

Die Inspektion ergibt eine Vergrösserung beider oder nur einer unteren Muschel, und zwar ist die Volumenszunahme in ausgesprochenen Fällen soweit gediehen, dass die Muscheln dem Septum und dem Boden der Nasenhöhle fest anliegen, so dass ein Einblick in den mittleren Nasengang nicht möglich ist. Die Oberfläche der hyperplastischen Muschel erscheint seltener ganz glatt, in den meisten Fällen leicht uneben, wie gekörnt.

Die Farbe der Schleimhaut ist eigentümlich blassgrau oder weisslich, gelatinös durchscheinend, manchmal durchsetzt von braunen bis schwarzbraunen punktförmigen Flecken, die zweifellos von subepithelialen Blutaustritten herrühren.

Bei der Palpation mit der Sonde fühlt sich die Anschwellung ziemlich derb an, so dass man nur schwer eine Rinne mit der Sonde bilden kann.

Bei länger bestehendem Prozesse sind die Mündungen der Schleimdrüsen besonders deutlich zu sehen.

Die eigenartige Beschaffenheit des Sekretes erkennt man auch bei der rhinoskopischen Untersuchung, man findet immer nur ganz dünnes, glashelles wässeriges Sekret, niemals eiteriges Sekret im unteren Nasengang, respektive zwischen unterer Muschel und Septum, soweit für Sekret überhaupt noch Raum vorhanden ist.

Während bei der gewöhnlichen Form der Rhinitis hyperplastica Applikation von Kokainlösung eine deutliche Abnahme des Volumens

der unteren Muschel herbeiführt, ebenso auch Adrenalin-Kokain oder nur Adrenalin, findet sich bei der Rhinitis hyperplastica oedematosa, wie das seinerzeit Seifert schon als bedeutsam hervorgehoben hat, nach wiederholten Applikationen von 5—10—20% Kokainlösungen eine wesentliche Abnahme des Volumens der unteren Muscheln ebensowenig, wie nach Applikation von Kokain-Adrenalinlösungen. In einzelnen Fällen, in denen der Prozess schon lange Zeit besteht, macht sich nicht die geringste Volumenabnahme bemerkbar, während in anderen Fällen, in denen der Prozess erst kürzere Zeit besteht, eine ganz geringe Volumenabnahme zu konstatieren ist. Will man sich nun über die Ausdehnung der Hyperplasie orientieren, so muss man mit dem Killianschen Spekulum die an das Septum angelegte untere Muschel beiseite schieben, wobei man erkennt, dass die eigenartige Hyperplasie fast immer die ganze Länge der unteren Muschel umfasst.

Über etwaige Rezidive lässt sich, da keiner der Patienten nach einem längeren Zwischenraum wieder zur Untersuchung kam, nichts angeben, ebensowenig über die Frage, wie lange ein derartiger Prozess zur Entwickelung braucht.

Die histologische Untersuchung zeigt an der Schleimhaut eines abgetragenen Muschelstückes der Hauptsache nach geschichtetes Zylinderepithel, doch kommen auch Stellen vor, wo sich statt des geschichteten Zylinderepithels auch kubisch geschichtetes und Übergangsepithel findet. Das Epithel ist nicht überall von gleicher Stärke. Neben normalen Stellen findet man solche, die nur einreihig mit Epithel bekleidet sind. Nirgends findet sich eine Verdickung des Epithels.

Das subepitheliale Bindegewebe ist ödematös gequollen, die einzelnen Fibrillen sind weit auseinander getrieben und gelockert. Ihre Zwischenräume zeigen sich reichlich infiltriert mit Lymphozyten und einer Menge eosinophiler Leukozyten, ebenso finden sich vereinzelt Plasmazellen. Die Infiltration ist am dichtesten um die Schleimdrüsen und deren Ausführungsgänge, um die Gefässwände, besonders um die Venen. An vielen Stellen lassen sich fleckige Blutextravasate erkennen, die zum Teil in der subepithelialen Schicht, zum Teil in erheblicher Tiefe des Gewebes sich finden. Die Gefässversorgung ist sehr reichlich in der Tiefe der Gewebe, während sie im subepithelialen Teile spärlich ist oder fehlt. An einigen Stellen sieht man Gefässe in Verödung begriffen, die Bildung von neuen Gefässen ist gering.

Das Wesentliche an dem anatomischen Befunde ist demnach die eigenartige ödematöse Durchtränkung des subepithelialen Binde-

gewebes und erklärt das eigenartige makroskopische Aussehen solcher Hyperplasien.

Nach den bisherigen Beobachtungen ist die Rhinitis hyperplastica oedematosa eine, von ganz seltenen Ausnahmen, z. B. Fall 29, abgesehen, dem männlichen Geschlechte zukommende Erkrankungsform, für die in ätiologischer Beziehung der ständige Gebrauch von Schnupftabak anzuschuldigen ist. Daher findet man sie auch nur bei Erwachsenen. Dass auch gelegentlich andere Ursachen ein der Rhinitis hyperplastica oedematosa des Erwachsenen ähnliches Krankheitsbild hervorrufen können, zeigt der Fall 13, wo es sich um einen vierzehnjährigen Knaben handelte. Hier müssen wohl die durch die adenoiden Vegetationen bedingten Stauungserscheinungen in der Nase als ursächliches Moment betrachtet werden. Es würde in diesem Falle zweckmässig gewesen sein, erst nur die adenoiden Vegetationen zu entfernen und den Patienten für längere Zeit hindurch ausgiebige Atemübungen machen zu lassen, ehe man an die operative Behandlung der Rhinitis hyperplastica oedematosa gegangen wäre. Es würde sich dann nach einiger Zeit der Beobachtung herausgestellt haben, ob die Verstopfung des Nasenrachenraumes die Ursache der eigenartigen Hyperplasie war.

Wie spezifisch gerade der Schnupftabaksgebrauch, respektive Schnupftabasksmissbrauch, auf eine Volumenszunahme der unteren Muschel wirkt, ersieht man daraus, dass bei einigen Patienten [Fall 3, 4, 28, 29] der eine Nasengang ziemlich frei war. Die betreffenden Patienten hatten nämlich auf der einen Seite eine stark vorspringende Septumsleiste und konnten dadurch offenbar weniger Schnupftabak in die betreffende Nasenhälfte einbringen. Die untere Muschel der entgegengesetzten Seite zeigte aber wohl ausgebildete Hyperplasie mit dem charakteristischem Bilde der Rhinitis hyperplastica oedematosa. Ob die Art des Schnupftabaks einen Einfluss auf die Entstehung des Leidens hat, ist fraglich. Da nicht jeder starke und langjährige Schnupfer an einer Rhinitis hyperplastica oedematosa erkrankt, so ist wohl anzunehmen, dass vielleicht noch besondere Umstände dispositioneller Art mitspielen müssen, um das eigenartige Krankheitsbild zustande kommen zu lassen.

Dass es durch stetig einwirkenden Staub zu einer chronischen Entzündung kommt, dafür finden sich manche Analoga, um nur die Pneumokoniosen anzuführen, aber bei ihnen tritt im mikroskopischem Bilde immer das Überhandnehmen von Bindegewebe in den Vordergrund; dies ist bei der Rhinitis hyperplastica oedematosa niemals der Fall.

Vergleicht man nun, abgesehen von der Ätiologie, den klinischen Befund und das Ergebnis der histologischen Untersuchung mit dem der gewöhnlichen Rhinitis hyperplastica, so ergibt sich, dass die gelatinös aussehende Beschaffenheit nicht auf ein Überwiegen des Bindegewebes und nicht auf eine stärkere Epithelverdickung, wie das Klemperer (Strassburg) für manche Formen der Rhinitis hyperplastica angibt, zurückgeführt werden muss, sondern vielmehr auf eine seröse Durchtränkung des Gewebes bezogen werden muss.

In klinischer Hinsicht findet die Wirkungslosigkeit des Kokains schon in der serösen Durchtränkung und Auflockerung des Gewebes ihre hinreichende Erklärung. Ja man könnte vielleicht noch annehmen, dass die Gefässe schon so weit alteriert seien, dass das Alkaloid auf sie nicht mehr genügend kontrahierend wirken kann. Auch die in fast allen Fällen besonders vermerkte starke und ziemlich lange anhaltende Blutung nach der Operation wird vielleicht auch auf eine mangelhafte Kontraktilität der Gefässe zurückzuführen sein. Vielleicht, und das ist das Wahrscheinlichste, kombiniert sich beides, die seröse Durchtränkung des Gewebes und die Gefässveränderung, um die Wirkungslosigkeit des Kokains erklären zu lassen. Die Wirkungslosigkeit von Adrenalin-Kokain oder Adrenalinlösungen wäre denselben Faktoren zuzuschreiben.

Diese klinischen Beobachtungen dürften wohl den Beweis erbracht haben, dass die seinerzeit von Seifert geprägte Bezeichnung: Rhinitis hyperplastica oedematosa aufrecht zu erhalten ist.

Eine besondere Besprechung bedarf noch die einzuschlagende Therapie. Während diese sich bei der Rhinitis hyperplastica in zwei Richtungen bewegt — die einen Autoren empfehlen ein mehr konservatives Vorgehen [Ätzung mit Chemikalien, Galvanokauterisation, Elektrolyse], die anderen eine radikale chirurgische Behandlung — so ist bei der Rhinitis hyperplastica oedematosa aus Gründen, die weiter unten ausgeführt sind, ausnahmslos die chirurgische Behandlung angebracht.

Für Ätzungen bei Rhinitis hyperplastica steht unter den Chemikalien die Chromsäure obenan.

J. A. White (1) hält sie für das beste Kauterium, gleichfalls treten für ihre Verwendung bei der Rhinitis hyperplastica ein H. V. Würdemann (2), J. A. Thompson (3).

Für nahezu gleich wirksam wie die Chromsäure, wird die Trichloressigsäure (4) (H. Hecht) bezeichnet, während Zincum jodatum (5) (Ch. H. Burnett), Chlorzink (6, 7) (Gaudier, Hamm),

Glyzerin (8) (C. M. Gahan), Tricresoljodin (9) (F. M. Reeves), Eisessig (10) (J. A. White), Schwefel (11) (Kolpinski) sich nur geringer Anerkennung erfreuen.

Galvanokaustik und Elektrolyse haben in der Therapie der Rhinitis hyperplastica auch zahlreiche Anhänger. Galvanokaustik befürworten besonders Mackenzie (12), Thrasher (13), Gaëtano Geronzi (14), F. E. Neres (15); Elektrolyse: W. Scheppegrell (16), Hélot (17), Bresgen (18).

Bei der chirurgischen Behandlung wird vielfach die Schlinge verwandt und empfohlen [J. A. White (19), Roth (20)], mit der kalten Schlinge wurde in unserer Poliklinik in den ersten fünf Fällen die Rhinitis hyperplastica oedematosa operiert.

Für die Entfernung des hyperplastischen Endes der unteren Muschel empfiehlt Ostmann (21) eine Kombination von Galvanokauterisation und kalter Schlinge.

Auch Konchotome eignen sich hierzu. E. Le Cousse (22) lobt vor allem das Konchotom von Moure, neben der kalten Schlinge und den Zangen von Laurens, Martin, Gann.

Bei ausgedehnteren Hyperplasien verwenden die Schere L. Réthi (23), Baumgarten (24), Elemér v. Tóvölgyi (25), Fein (26), Wl. Wroblewski (27).

Fiocre (28) gibt auf Grund reicher Erfahrungen dem Morcellement mit der Laurensschen Zange den Vorzug.

Eine Resektion der unteren Muschel ist nach Kuttner (29) nur dann berechtigt, wenn es sich um hochgradige Hyperplasien handelt. Flatau (30) macht die Resektion aus denselben Indikationen.

Schötz (31) kaut gewissermassen die überschüssige Schleimhaut mit einem Hartmannschen Konchotom, dessen Löffel eine ovale Öffnung haben.

A. Rosenberg (32) schneidet bei nicht zu hochgradiger Hyperplasie, wo andererseits die Galvanokaustik keinen ausreichenden Erfolg bedingt, die überschüssige Schleimhaut ohne Knochen mit der Schere ab.

Zur Turbinektomie bedienen sich andere Operateure einer Säge [E. H. Griffith (33), Mertuliffe (34), A. Bucklin (35)].

Yankauer (36) empfiehlt bei Rhinitis hyperplastica die Turbinorraphia inferior.

Zarnikow (37) (Hamburg) verwirft die Turbinektomie und tritt für die Turbinotomia submucosa ein, ebenso vertreten den Standpunkt der Turbinotomia submucosa Linhart (38), H. V. Würdemann (39), Watson (40), Rabotnow (41).

Killian (42) empfiehlt für gewisse Fälle die Infraktion der unteren Muschel mit dem von ihm angegebenen Spekulum.

Ätzungen mit Chemikalien, Galvanokauterisation, Elektrolyse sind nach unseren Erfahrungen bei der Rhinitis hyperplastica oedematosa absolut wirkungslos. Es kommen zur Beseitigung solcher derber Hyperplasien nur operative Maassnahmen in Betracht.

Die Operation mit der Schlinge wurde nach den ersten fünf Fällen verlassen und von da ab nur mit dem Moureschen Messer operiert.

Bei der Rhinitis hyperplastica oedematosa wird die Operation nach Seiferts (43) Angaben in unserer Poliklinik folgendermassen ausgeführt:

Da man bei der engen Passage der unteren Nasenhälfte bei der Rhinitis hyperplastica oedematosa nicht in der gewöhnlichen Weise anästhesieren kann, lässt man mittelst der Kehlkopfspritze bei zurückgebogenem Kopfe etwas 10%ige Kokainlösung oder Kokain-Adrenalinlösung langsam von der entsprechenden Nasenöffnung aus einlaufen, um durch Bespülung der Oberfläche eine einigermassen genügende Anästhesierung zu schaffen.

Man führt nun das Mouresche Messer, das fest in die Faust genommen werden muss, parallel zum Septum, mit der Schneide nach der unteren Muschel zu gerichtet, bis über das hintere Ende der unteren Muschel nach hinten ein, drängt sich das hintere Ende in die Lichtung des Messers ein und schneidet unter festem Drucke nach aussen hin aus der ganzen Länge der unteren Muschel ein dreikantiges Stück aus. Die Grösse des Stückes ist abhängig von der lichten Weite des Messers einerseits und von der Stärke des Druckes, mit welcher man sich die Muschel beim Anlegen des Messer in dessen Lumen hereindrängt. Je stärker dieser Druck genommen wird, um so tiefer wird man schneiden und man kann ja auch je nach Bedarf ein entsprechend grosses Stück des Muschelknochens resezieren. Die Blutung pflegt, wie aus allen Krankengeschichten hervorgeht, eine auffallend starke zu sein sofort nach der Resektion. Die Tamponade mit Streifen von Jodoformgaze muss in der Weise vorgenommen werden, dass die beiden Wundflächen (die obere und die untere) aneinander zu liegen kommen, damit durch deren Vereinigung die Heilung rascher vonstatten geht.

Selbstverständlich müssen die Tamponstreifen bis zum hinteren Ende der Muschel reichen; die Streifen sollen nicht zu dünn genommen werden, damit sie fest anliegen und nicht nach der Mundrachenhöhle hinuntergleiten.

Der Wechsel des Tampons wird erst nach zweimal 24 Stunden vorgenommen.

Da die Anästhesierung nicht immer eine vollständige ist, halten manche Patienten bei der Einführung des Messers manchmal schlecht, wodurch die Gefahr entsteht, dass man mit der Spitze des Messers eine Verletzung an der Hinterwand des Nasenrachenraumes verursacht. Um solchen Verletzungen vorzubeugen, haben wir (von Walb-Heidelberg) das Ende des Moureschen Messers ganz stark abrunden und abstumpfen lassen.

Eine Frage wäre nun noch zu erörtern, ob nämlich in allen Fällen von Rhinitis hyperplastica oedematosa die Resektion der unteren Muschel vorgenommen werden muss. Wenn die Patienten rasch und gründlich von ihren Beschwerden befreit sein wollen, scheint uns eine andere Therapie ausgeschlossen. Falls es sich um nicht zu lange bestehende Formen handelt, die daran zu erkennen sind, dass die hyperplastische untere Muschel noch nicht ganz den Zwischenraum zum Septum hin und den unteren Nasenboden ausfüllt, und das Volumen noch etwas, wenn auch nur wenig durch Kokain resp. Kokainadrenalin verkleinert werden kann, so lässt sich sehr wohl versuchen, bei jenen Patienten eine Besserung herbeizuführen, die vernünftig und einsichtsvoll genug sind, das schädliche Agens, den Schnupftabak, auszuschalten. Wer aber weiss, wie schwer gerade ein leidenschaftlicher Schnupfer dazu zu bringen ist, von seiner Prise dauernd Abschied zu nehmen, und wie gross die Verleitung zu erneutem Schnupftabaksgenuss ist, wird sich im allgemeinen von dieser therapeutischen Maassregel wenig versprechen. Wir haben einen Fall beobachtet, der unter den Krankengeschichten nicht aufgeführt ist, in welchem der betreffende Patient, der wegen einer anderen Affektion zur Beobachtung kam und bei dem es sich um eine noch nicht lange Zeit bestehende Rhinitis hyperplastica oedematosa handelte, durch die Inaussichtstellung einer Nasenoperation das Schnupfen ganz unterliess.

Nach zwei Monaten stellte er sich wieder vor. Die beiden unteren Muscheln waren in ihrem Volumen wesentlich verkleinert, hatten auch nicht mehr die charakteristische, durchscheinende, gelatinöse Beschaffenheit, auch die Sekretion war in auffälliger Weise vermindert.

Über das weitere Schicksal des Patienten ist uns leider nichts bekannt.

Eine kurze Zusammenfassung würde zeigen:

Es gibt eine, durch anhaltenden Gebrauch von Schnupftabak bedingte, also fast nur bei männ-

lichen Individuen vorkommende, chronische Hyperplasie der unteren Muscheln (resp. der unteren Muschel). Dieselbe ist ausgezeichnet durch eine ganz blasse, wie gelatinös aussehende Farbe, derbe Beschaffenheit, glatte oder leicht gekörnte Oberfläche und Absonderung eines ganz hellen durchscheinenden Sekretes (ohne Eiterbeimengung). Auf Kokain oder Kokainadrenalin nimmt sie in ihrem Volumen nicht oder nur wenig ab; in therapeutischer Hinsicht ist sie am zweckmässigsten durch Resektion zu heilen.

Bezeichnung: Rhinitis hyperplastica oedematosa (Seifert).

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem verehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Seifert, für die Stellung des Themas und die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausführung der Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. J. A. White, Proceedings Med. Soc. of Virginia. Philadelphia. Med. News 20. Sept. 1884. Vol. XLV, Nr. 12.
2. H. V. Würdemann, Annals of Ophtalmologie and Otologie. Juli 1892.
3. J. A. Thompson, Charlotte Med. Journal. Sept. 1896.
4. Hugo Hecht, Fränkels Archiv für Laryngologie. Bd. VII. S. 469. 1898.
5. Charles H. Burnett, The Medical News. Vol. XLVII. Nr. 4. S. 85. 25. Juli 1885.
6. Gaudier, Nord. méd. 15. Febr. 1901.
7. Hamm, Monatsschrift für Ohr. Nr. 9. 1898.
8. Semons Zentralblatt. Bd. VII. S. 278. Amerikanische rhinologische Gesellschaft. VII. Jahresversammlung in Chicago. 10. Oktober 1889. (Referat.)
9. F. M. Reeves, Memphis Medical Monthly. Januar 1896.
10. J. A. White, Med. News. 20. Sept. 1884. Vol. XLV. Nr. 12.
11. Louis Kolpinski, N. J. Med. News. 12. Aug. 1905.
12. Mackenzie, Phil. Med. News. 4. April 1885.
13. A. B. Thrasher, Atlant. Med. and Surg. Journal. Nov. 1888.
14. Gaëtano Geronzi, Archiv Ital. de Laringol. Juli 1904.
15. F. E. Neres, Journal of the American Medical Association. 26. Okt. 1907.
16. W. Scheppegrell, New Orleans Med. and Surg. Journal. Sept. 1892. Derselbe, Rev. internat. de rhinologie, d'otologie et de laryngologie. 25. Sept. 1895.

17. Hélot, Archiv international de laryngologie. Nr. 2. März—April 1896.
18. Bresgen, Die Elektrolyse mit langen Nadeln zur Behandlung der Verschwellung des Naseninnern. Halle a. S. 1908.
Derselbe, Beiträge zur Anatomie, Physiologie und Therapie des Ohres, der Nase und des Halses. Bd. IV. S. 439. 1911.
19. J. A. White, Phil. Med. News. 20. Sept. 1884. Vol. XLV. Nr. 12.
20. Roth, Wiener Med. Presse 1893. Nr. X u. XI.
21. Ostmann, Fränkels Archiv für Laryngologie. Bd. IX. S. 206. 1899.
22. E. Le Cousse, Le Coryza hypertrophique, son traitement. Dissertation. Bordeaux 1908.
23. L. Réthi, Wiener klinische Wochenschrift Nr. 18. 1898.
24. Baumgarten, Wiener med. Presse Nr. 46. 1899.
25. Elemér v. Tóvölgyi, Fränkels Arch. für Laryng. Bd. XVII. S. 363.
26. Fein, Wiener klinische Wochenschrift Nr. 35. 1899.
27. Wl. Wroblewski, Fr. Archiv f. Laryngologie. Bd. XII. S. 392.
28. Onodi u. Rosenberg, Die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachens. 1906.
29. Semons Internat. Zentralblatt. Bd. XVII. S. 230. Berliner laryngologische Gesellschaft. Sitzung vom 23. II. 1900 (Referat).
30. Ebenda.
31. Ebenda.
32. Ebenda.
33. E. Harrison Griffith, N. Y. Medical Journal. 24. Febr. 1900.
34. George B. Mertuliffe, The Laryngoscope. Febr. 1905.
35. A. Bucklin, Archivs of Otologie. August 1907.
36. Sidney Yankauer, Fränkels Archiv. Bd. XX. S. 3—4.
37. Semons Internat. Zentralblatt. Bd. XXVI. S. 382—383. 17. Tagung des Vereines deutscher Laryngologen am 11. u. 12. Mai 1910 zu Dresden (Referat).
38. Linhart, The Laryncoscope. Febr. 1908.
39. H. V. Würdemann, The Laryncoscope. April 1908.
40. A. G. Watson, The Laryncoscope. November 1908.
41. Rabotnow, Zeitschrift für Laryngologie. Bd. IV. S. 137. 1911.
42. Semons Intern. Zentralbl. Bd. XXVI. S. 382. (Diskussion zu Zarnikows Vortrag.)
43. Ebenda.

Lebenslauf.

Ich, Walther Schönfeld, preussischer Staatsangehöriger, bin geboren am 15. Mai 1888 zu Gersfeld (Königreich Preussen) als Sohn des Kgl. Rentmeisters Franz Schönfeld in Liegnitz und wohne zurzeit in Würzburg.

Nach Besuch des Kgl. Gymnasiums Joanneum zu Liegnitz erwarb ich mir an Michaelis 1906 das Reifezeugnis an demselben.

Hierauf besuchte ich die Universitäten Breslau 1, Würzburg 4, Rostock 1, Würzburg 1, München 1, Würzburg 2 Semester.

Die ärztliche Prüfung habe ich an der Universität Würzburg am 11. Dezember 1911 abgelegt. Augenblicklich bin ich Medizinalpraktikant in der Würzburger Poliklinik für Nasen- und Kehlkopfkranke.

Vorstehende Dissertation habe ich unter der Leitung des Herrn Prof. Dr. Seifert verfasst.

Würzburg, den 26. Januar 1912.

Walther Schönfeld.